**ANEXO IV – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO TÉCNICA AO NAT-JUS**

**SOLICITAÇÃO: ( ) Nota Técnica ( ) Resposta Técnica**

**I SOBRE O PACIENTE – dados do autor da petição:**

II.1 Nome do Paciente:

II.2 Data de nascimento do paciente

II.3 Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino

**II SOBRE O ATENDIMENTO – relatório médico:**

II.1 Município/Estado:

II.2 ( ) Saúde Pública – SUS ( ) Saúde Suplementar ( ) Particular

**III SOBRE A ENFERMIDADE**

III.1 Enfermidade/CID:

III. 2 Histórica da doença

III.3 Tratamentos já realizados/ Resultado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV SOLICITAÇÃO:**

IV.1 ( ) Medicamento**:**

IV.2 Forma farmacêutica e apresentação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV.3 Dose, posologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. 4 – ( ) Produto

Descrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV.5 ( ) Procedimento

Descrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V SOBRE A NECESSIDADE PERCEBIDA DO TRATAMENTO**

V.1 É urgente ( ) Sim ( ) Não Se sim, por quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V.2 É imprescindível ( ) Sim ( ) Não Se sim, por quê? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI RESSALVAS ou opinião do Magistrado:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VII NOTA – Parecer de força executória

§ 1º Identificada divergência de entendimento entre o relatório médico e a avaliação técnica do NAT-JUS/SP, será solicitada a apresentação de exames complementares para esclarecer ou complementar o diagnóstico.

§ 2º As demandas judiciais que necessitem, para o seu cumprimento, indicação das características pessoais, tais como peso e idade, estes deverão constar do relatório médico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS MÉDICOS OBRIGATÓRIOS**

**- Relatório médico/profissional com identificação legível do prescritor (Nome e registro profissional) recente com no máximo 90 dias de emissão contendo:**

- evolução da doença

- justificativa da solicitação, informando tratamentos anteriores que não obtiveram resultados (por quanto tempo, quais medicamentos/procedimentos utilizados)

- quais os benefícios esperados com o tratamento e quais as consequências pelas não utilização.

**- Receituário médico (atualizado – no máximo 90 dias) contendo:**

- nome do medicamento Nome do princípio ativo, DCB (Denominação Comum Brasileira), na ausência desta, a DCI ( Denominação Comum Internacional),

- Forma farmacêutica e apresentação,

- Dose, posologia ,

- Forma de administração

- Duração do tratamento